Rok XXXVII. Kraków, 24. Grudnia 1898. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej prof. Gluzińskiego we Lwowie.

Przyczynek do leukocytozy przy włóknikowem zapaleniu płuc.

Podał
Dr. Juliusz Zajączkowski,
elew kliniki lekarskiej.

W ostatnich czasach ukazało się wprawdzie wiele prac, traktujących o leukocytozie w chorobach zakaźnych, a w szczególności w zapaleniu płuc włóknikowem tak, że w pewnym kierunku możnaby całą sprawę uważać na razie za dostatecznie omówioną; jednakowoż do dziś dnia zdania autorów są podzielone co do sposobu i czasu powstawania wogóle leukocytozy.

Löewit[1]) np. twierdzi, że tak zwana hiperleukocytoza bywa zwykle poprzedzoną rozpadem ciałek białych (leukolysis), czyli że przed leukocytozą powstać musi leukopenia, trwająca krótki czas. Doświadczalne prace na zwierzętach, zwłaszcza w ostatnich czasach praca Jacoba i Goldscheidera[2]), zapatrywanie to potwierdzają. Kliniczne badania w tym kierunku są trudne z tego powodu, że zawsze spotkać je może zarzut, iż badanie robiono zapóźno, chorzy bowiem zazwyczaj dostają się w ręce lekarza już w jakiś czas, choćby najkrótszy, po wybuchu choroby. Wobec tego wydaje mi się godnem ogłoszenia przypadek, który miałem sposobność spostrzegać w tutejszej klinice, a mogący stanowić przyczynek do poruszonej sprawy. Przypadek ten dotyczy chorego z zimnicą trzeciaczkową, u którego dla innych celów obliczano codziennie kilkakrotnie ilość ciałek białych, a u którego, po ustąpieniu napadów zimniczych i po zupełnem zniknięciu plasmodyów zimniczych ze krwi, wystąpiło zapalenie włóknikowe dolnego płatu płuca prawego.

Historya choroby w krótkości następująca:

Chory P. L., l. 24, wyrobnik, przyjęty do kliniki d. 14 marca 1898 r., dziedzicznie w żadnym kierunku nie obciążony, zawsze zdrów, z wyjątkiem cierpienia żołądkowego, objawiającego się od 16 roku życia, brakiem łaknienia, kwaśnemi odbijaniami po jedzeniu i dość częstemi nudnościami i wymiotami.

Przy końcu lutego 1898 r. zaczął chory skarżyć się na głuche bóle w podżebrzu lewem, na które jednak mało zwracał uwagi, a w pierwszych dniach marca dostał gorączki, poprzedzonej silnymi dreszczami; napad ten ustąpił po paru godzinach wśród obfitych potów. Na drugi dzień czuł się względnie zdrowym, był jednak nieco osłabionym, a 3 dnia wystąpił ponowny napad, który zmusił chorego do szukania pomocy w klinice.

Badanie wykazało: Chory wzrostu średniego, o budowie kośćca miernej i o miernem odżywieniu. Narząd oddechowy prawidłowy. Stłumienie serca w prawidłowych granicach; nad koniuszkiem stwierdzić można słaby szmer skurczowy obok I tonu. Tętno 65, dobrze napięte. Ciepłota 36·5

Brzuch płaski, niebolesny, wątroba rozmiarów prawidłowych; śledziona powiększona, macalna, sięga na 2 palce poniżej łuku, miernie twarda, bolesna.

Ilość moczu (z 24 godz.) 1200 ctm.³ o c. wł. 1018, składu prawidłowego.

Badanie krwi wykazuje w preparacie świeżym: Ciałka czerwone układają się prawidłowo w ruloniki, nieznaczne różnice co do wielkości i kształtu; siateczka włóknika słabo rozwinięta, ilość ciałek białych niepowiększona, znaczna ilość plasmodyów zimniczych.

W preparacie barwionym (Triacid-Ehrlich, Eosin-Methylenblau). Bardzo nieznaczne różnice w zabarwieniu ciałek czerwonych, brak leukocytozy, ciała eozynochłonne obecne, znaczna ilość plasmodyów zimniczych.

Bezwzgl. liczba ciałek czerwonych	3,200,000
„ „ » białych	6,875
Odsetek hemoglob. podług Fleischla	65%
Wskaźnik zabarwienia	1

Ilość procentowa pojedyńczych rodzajów ciałek białych wynosiła:

wielojądrzastych	77·78%
jednojądrz. dużych	1·12%
„ małych	15·55%
formy przejściowe	4·44%
eozynochłonnych . . . . :	1·11%

Przebieg choroby:

15 marca ciepłota prawidłowa
16 „ 12 w poł. ciepłota 38·7°; chory ma dreszcze
2 pop. „ 39·6°
4 „ „ 39·2°
6 wiecz. „ 37·5° chory pokryty obfitym potem, skarży się na ból głowy.
17 marca ciepłota prawidłowa, chory osłabiony.
18 „ godz. $11^1/_2$ r. dreszcze
„ 12 w poł. 38·8°
„ 2 popoł. 39·8°
„ 6 wiecz. 37·6°.

Oznaczanie ilości ciałek białych wykazało, że liczba ich wynosiła tak przed, jak i po napadzie od 6—8.000 w 1 mm³.

Po stwierdzeniu toru gorączki, podano choremu 21-go marca 0·35 grm. chininy, 3 proszki na dzień; napady nie powtórzyły się więcej tak, że chory, czując się zdrowym, zamierzał 24 marca, to jest w 6 dni po ostatnim napadzie, opuścić klinikę.

Oznaczanie ilości ciałek białych krwi codziennie w dniach tych dokonywane, wykazało: 19-go III. 6,780, 20-go III. 5,650, 21-go III. 6,420, 22-go III. 5.937, 23-go III. **9,218**, 24-go III. **14,687**. 25-go III **15,312**.

Znaleźliśmy więc zupełnie niespodzianie zwiększanie się stopniowe liczby ciałek białych w dniach 23, 24 i 25 marca, co tem bardziej nas zastanawiało i zwracało naszą uwagę, że działo się to wśród braku wszelkich zboczeń w ustroju, mogących dać powód do leukocytozy i że u innych chorych po napadach zimniczych znachodziliśmy zazwyczaj raczej zmniejszenie, aniżeli zwiększenie ilości ciałek białych.

Badanie preparatu świeżego krwi w tych dniach wykazało: Ciałka czerwone krwi układają się prawidłowo w ruloniki, siateczka włóknika dość dobrze rozwinięta, ilość ciałek białych zwiększona, dość znaczna ilość płytek Bizozzera, plasmodyów zimniczych brak.

Stan podmiotowy chorego był zupełnie prawidłowym, łaknienie utrzymane, nie skarżył się on na żadne dolegliwości, nie kaszlał; ciepłota ciała, mierzona co 2 godz. wahała się między 36·5 a 36·9° C.

Ilość moczu około 1350 ctm.³, c. wł. 1019, bez białka, chlorki prawidłowe. Chory, jako ozdrowieniec chce opuścić klinikę, gdy nagle w nocy z 25 na 26 marca wystąpiły silne dreszcze, a ciepłota o godz. 6-tej rano wynosiła już 39·0°, o 8-mej 39·7°, o 12-tej 39.2°, o 4-tej 40·1°, o 6-tej 39·5°, badanie zaś wykazało rozpoczynające się zapalenie włóknikowe dolnego płatu płuca prawego.

Teraz stało się nam jasne, co zapowiadała i do czego się odnosiła ta leukocytoza, wzrastająca od 3 dni wśród zupełnego dobrego stanu zdrowia pacyenta.

Przebieg dalszy zapalenia płuca był zupełnie prawidłowy; w 7-mym dniu nastąpił zupełny przełom, a leukocytoza neutrofilna trwała, jak zwykle, przez cały czas trwania choroby, wahając się co do liczby ciałek białych między 20,313—27,968; powrót składu krwi do prawidłowego w kilka dni po przełomie.

W opisanym przypadku spostrzegaliśmy zatem pojawienie się leukocytozy na 3 dni przed wystąpieniem wszelkich objawów zapalenia włóknikowego płuca.

Dotychczas, jak już wyżej wspomnieliśmy, jest rzeczą nierozstrzygniętą, kiedy właściwie występuje leukocytoza przy zapaleniu włóknikowem płuc. W sprawie tej już Limbeck [3]) przypuszczał, że przy zapaleniu włóknikowem płuc leukocytoza poprzedza zmiany anatomiczne w płucach; Türck [4]) znalazł w przypadku, który spostrzegał, w 12 godzin po wystąpieniu dreszczów 26,400 ciałek białych, tak samo Rieder [5]), Laehr [6]) i Biegański [7]) znachodzili w pierwszych początkach zapalenia płuc włóknikowego znaczne ilości leukocytów. Spostrzeżenia te wyżej wspomnianych autorów jednak ani potwierdzają ani nie zbijają hipotezy Löwita [8]), który występowanie hiperleukocytozy czyni zawisłem od poprzedniego zmniejszenia się ilości ciałek białych (leukolysis); czyli, że według tej teoryi, każdą hiperleukocytozę musiałaby z początku poprzedzać leukopaenia; spostrzeżenia te kliniczne, dlatego nie dają dostatecznego rozwiązania, gdyż wszystkie były robione już w krótszy lub dłuższy czas po rozpoczęciu choroby. Z drugiej strony z spostrzeżeń klinicznych znów na korzyść zapatrywań Löwita możnaby przytoczyć pracę Picka [9]), w której on, na podstawie jednego przypadku, twierdzi, że w początkach zapalenia włóknikowego płuc występuje zmniejszenie liczby ciałek białych.

Nasze zaś spostrzeżenie wykazując, że 3 dni przed wystąpieniem wszelkich objawów chorobowych już przychodziło do stopniowego zwiększenia ilości leukocytów, pozwalałoby twierdzić: 1) że leukocytoza w zapaleniu płuc występuje na kilka dni przed wybuchem choroby, a więc już w okresie wylęgania choroby (stadium incubationis); 2) że, mimo kilkakrotnego codziennego badania liczby ciałek białych krwi przez dłuższy czas przed wybuchem choroby i powstaniem leukocytozy, nie stwierdziliśmy leukopaenii.

Literatura.

1. Löwit. Studien zur Physiologie u. Pathologie des Blutes und der Lymphe. Jena, 1892.
2. Goldscheider u. Jakob. Ueber die Variationen der Leukocytose. Zeitschrift f. klin. Med. 1894.
3. Limbeck. Grundriss einer klin. pathol. d. Blutes, 1896.
4. Türck. Klin. Untersuchungen über das Verhalten d. Blutes bei Infections Krankheiten 1898.
5. Rieder H. Ueber d. sumarische Verhalten d. weissen Blutzellen bei Influenza, croupöser und catarrhalischer Pneumonie. Münchener med. Wsch., 1892.
6. Laehr. Ueber das Auftreten von Leukocytose bei der croupösen Pneumonie. Berliner klin. Wsch., 1893.
7. Biegański W. O leukocytozie przy zapaleniu płuc włóknikowem. Przegląd lek. 1894 i Deutsches Archiv f. klin. med., 1894.
8. Löwit l. c.
9. Pick G. Klin. Beobachtungen über die entzündliche Leukocytose. Prager med. Woch., 1890.

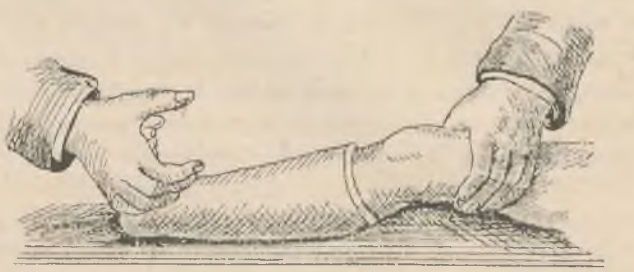
II. Stopa szpotawa wrodzona.

(Rzecz opracowana na podstawie 50 przypadków własnych).

Podał
Dr. H. Schramm,
docent chirurgii w Uniw. lwowskim.

(Ciąg dalszy).

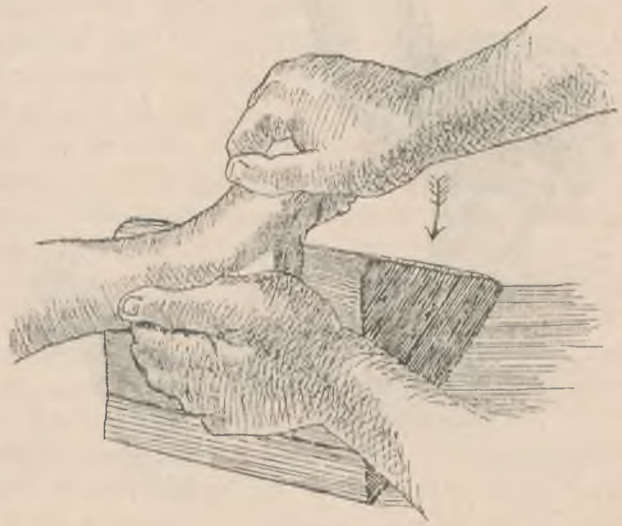
U dzieci od 8 miesiąca życia począwszy, zatem gdy skóra już nie jest tak bardzo delikatna i nie potrzebuje tak starannie być pielęgnowaną, jak u dzieci młodszych, najlepszym sposobem leczenia stopy szpotawej jest zakładanie odpowiedniego opatrunku gipsowego. I te też sposoby postępowania są różne. Z początku postępowałem podług H e i n e c k e g o. Sposób ten polega na tem, że naprostowuje się położenie stopy, o ile się to da osiągnąć bez użycia wielkiej siły, zakłada się następnie opatrunek gipsowy, sięgający od palców aż do kolan, szybko i nim gips zaschnie naprowadza się stopę z wadliwego położenia w lepsze, uciskając dłonią swą na podeszwę stopy, a zwłaszcza w celu poprawienia addukcyi i supinacyi na jej brzeg zewnętrzny. Ucisk ten musi trwać tak długo, dopóki gips dobrze nie zaschnie; załączony rysunek objaśnia sposób tego postępowania *(Fig. 9)*.



(Fig. 9).

Rzadko tylko udaje się w ciągu jednego posiedzenia doprowadzić stopę do położenia prawidłowego. W przeciwnym razie, po upływie 2—3 tygodni, opatrunek zdejmuje się, sprostowuje się stopę o ile się to da i znów zakłada się opatrunek w ten sam sposób. Postępowanie to jest jednak mozolne, leczenie w cokolwiek wyższych stopniach stopy szpotawej trwa długo, dziecko nie może chodzić, nawet w opatrunku, tak długo, dopóki nie doprowadzi się poprawy do tego stopnia, że cała stopa dotyka ziemi, gdyż dopiero w tym stanie ciężar ciała może działać dodatnio na dalsze usunięcie zniekształtnienia i zapobiega jego powrotowi.

W celu skrócenia leczenia podał J. W o l f f swój sposób opatrunku w etapach. Polega on na tem, że już w 3 dni po założeniu pierwszego opatrunku gipsowego, tak samo jak to podał H e i n e c k e, wycina się po stronie zewnętrznej w wysokości kostki z opatrunku klin odpowiednio szeroki, a po stronie wewnętrznej opatrunek przecina się linijnie, poczem stopę sprostowuje się na nowo, a uzyskane dalsze polepszenie położenia utrwala się zapomocą świeżej warstwy opasek gipsowych. Tak postępuje się co 3 dni, aż do zupełnego wyprostowania stopy, poczem za gruby opatrunek poprawia się przez zeskrobanie warstw zewnętrznych, wzmacnia się go przez założenie opaski ze szkła wodnego i w takim opatrunku chodzi dziecko przez 6 do 9 miesięcy. Postępowaniem tem osiągnął W o l f f doskonałe wyniki nawet w przypadkach ciężkich i zastarzałych, jakie kilkakrotnie przedstawiał na Zjazdach chirurgicznych. Sposobu tego próbowałem w 8 przypadkach, a mianowicie u 6 chorych szpitalnych i 2 z praktyki prywatnej. U tych ostatnich, dzieci liczących 3, względnie 4 lata, wynik był rzeczywiście bardzo zadowalniający. O pacyentach szpitalnych tego powiedzieć nie mogę. Już po upływie 4—8 tygodni po wyjściu ze szpitala wracały dzieci z zupełnie zniszczonym opatrunkiem, a dwoje nawet bez opatrunku, który rodzice zdjęli z powodu bólu, na jaki dzieci się skarżyły, a spowodowanego odleżynami pod rozmiękłym opatrunkiem. We wszystkich przypadkach zboczenie stopy powróciło i wymagało ponownego leczenia. Przyznaję, wina to nie sposobu leczenia, lecz braku opieki i inteligencyi u rodziców, którzy pozwalali dzieciom biegać bez trzewika wierzchniego po błocie i nawozie. Pomijając już więc takie przypadki, musimy jednak przyznać, że metoda W o l f f a posiada ujemne strony; do osiągnięcia tego stopnia poprawy, aby dziecku można pozwolić chodzić w opatrunku, potrzeba w ciężkich przypadkach dużo czasu; zawsze zachodzi obawa, że w czasie następowych sprostowań mogą się potworzyć fałdy w opatrunku i przez to wywołać odleżyny, a nadto słusznie zwraca uwagę N a s s e, że metodą tą działamy przeważnie w jednym kierunku, to jest na zniesienie addukcyi stopy, usunięcie zaś innych zboczeń, jak supinacyi i fleksyi podeszwowej pozostawia się czynnościowemu zastosowaniu się stopy, tak zwane *funktionelles Anpassen*, na które W o l f f w rozprawach swych bardzo znaczny kładzie nacisk. Najlepiej też jest usunąć całe zboczenie stopy na jednem posiedzeniu. Sposób ten, podany najpierw przez K ö n i g a, zyskał sobie wkrótce licznych zwolenników, jak S c h u l z e, H o f f a, N a s s e i wielu innych. Metody tej używałem też przez kilka lat w 24 przypadkach, leczonych w szpitalu, z wynikiem, o ile to w danych stosunkach jest możebne, jak najlepszym; mogę ją też z własnego doświadczenia polecić i z tego powodu pozwalam sobie podać opis jej nieco dokładniej, trzymając się opisu podanego w dziele H o f f y: „Po wykonaniu tenotomii ścięgna Achillesa, a w razie potrzeby i po przecięciu powięzi podeszwowej, układa się zachloroformowane dziecko na ten bok, po którego stronie stopa ma być prostowana. Jeden z asystentów przytrzymuje silnie kolano, a operujący kładzie stopę dziecka na trójkątną drewnianą podkładkę, podobną do saneczek V o l k m a n n a tak, aby najwyższa wypukłość stopy leżała dokładnie na ostrej krawędzi podkładki, którą, w celu uniknięcia zbytniego zgniecenia skóry, należy poprzednio owinąć ręcznikiem. Teraz chwyta operujący stopę dziecka jedną ręką za wewnętrzny brzeg przednią części stopy, drugą obejmuje piętę i staw skokowy (patrz *Fig. 10)* i ciśnie jednostajnie całym ciężarem ciała

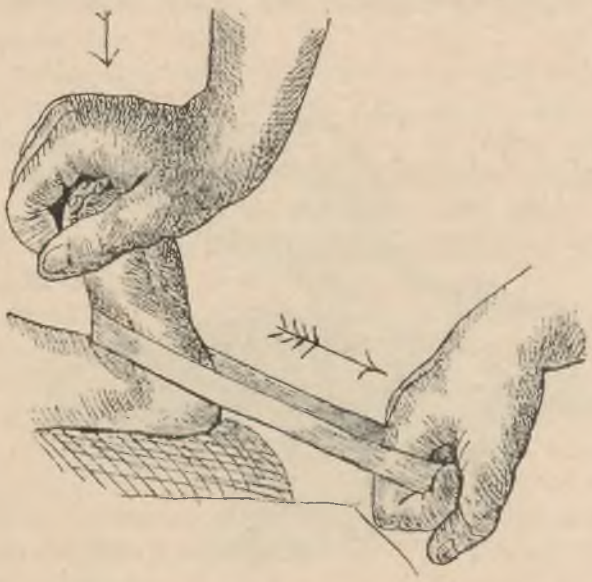


(Fig. 10).

na obie ręce czasami nagłe szarpnięcie, zwłaszcza za przedniej części stopy, jest korzystne. Ponieważ rzadko jedna stopa szpotawa jest zupełnie podobna do drugiej, przeto i operator musi indywidualizować w wybieraniu punktu podparcia stopy i przenosić go raz na zewnętrzny brzeg szyi kości skokowej, to znów więcej w okolicę kości sześciennej lub miejsce połączenia jej z kością piętową lub kością śródstopia piatą. Często koniecznem jest zmieniać te punkta, nawet na jednej stopie. Podług K ö n i g a przy stósowaniu tego zabiegu musi w stopie „trzeszczeć“, muszą więzadła się rozerwać, a kości pognieść, jeżeli wynik ma być zupełny. Czasem przy tem postępowaniu pęka skóra na wewnętrznym brzegu stopy; w takim razie poleca K ö n i g założyć zaraz kilka szwów katgutowych. Po dokładnem i zupełnem wykonaniu tej części metody, następuje akt drugi. Dziecko układa się teraz na grzbiet, ustala się jak poprzednio kolano, a operujący ujmuje jedną ręką staw skokowy, drugą zaś przegina stopę silnie w zgięcie grzbietowe (dorsalne) i abdukcyę; ruchomość stopy, uzyskana przez akt pierwszy, ułatwia znacznie wykonanie części drugiej“. Nawet w ciężkich przypadkach postępowaniem tem można doprowadzić stopę na jednem posiedzeniu do położenia prawidłowego, a tylko w bardzo ciężkich przychodzi to trudno i dobrze jest trzymać się rady K ö n i g a, aby w takich razach nie forsować zbytecznie, lecz po ustaleniu uzyskanej poprawy przez założenie najlepiej opaski gipsowej sposobem H e i n e c k e g o, dokonać reszty sprostowania na jednem lub dwu następnych posiedzeniach, po upływie 2—3 tygodni.

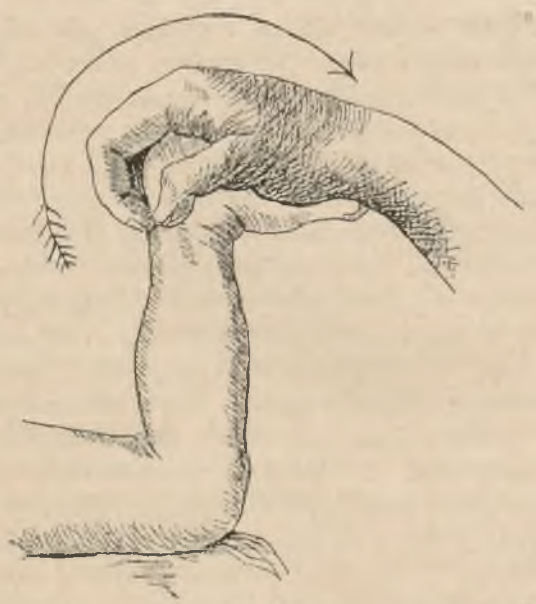
W najnowszych czasach podał L o r e n z modyfikacyę tej metody, jako tak zwane przez niego sprostowanie modelujące, polegające głównie na tem, że do usunięcia zboczenia stopy nie używa siły nagłej, lecz stara się pokonać opór, jaki stawiają tkaniny, przez dłuższe lecz stałe działanie siły. Zresztą według L o r e n z a postępuje się tak samo, jak podług K ö n i g a, najpierw usuwa się addukcyę i infleksyę stopy; do pokonania tej ostatniej (zwłaszcza w celu uniknięcia złamania kości strzałkowej) pomaga bardzo użycie pętli

założonej na grzbiet stopy; działanie jej widać najlepiej z załączonej ryciny (z dzieła N a s s e g o) *Fig. 11*.



(Fig. 11).

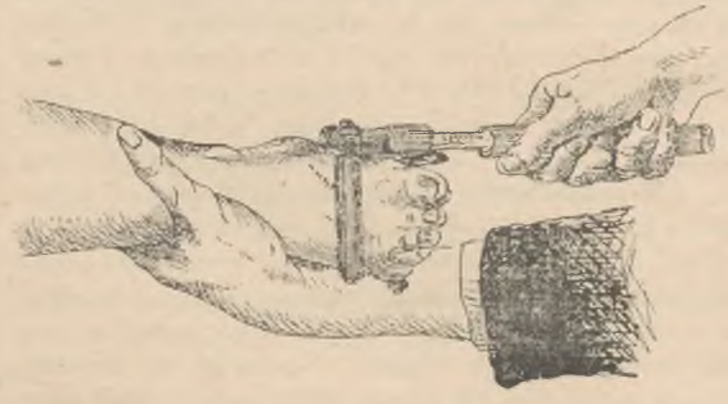
Po usunięciu tych zboczeń przechodzi się do usunięcia zgięcia podeszwowego również przez powolne, lecz stałe wyginanie stopy, przyczem według L o r e n z a należy zwracać uwagę, aby nietylko przednia część stopy, ale i kość piętowa przeszła rzeczywiście w położenie poziome. W tym celu należy ściągać wyrostek piętowy ku dołowi, obejmując go palcami ręki, której dłoń uciska podeszwę stopy ku górze *(Fig. 12)*.



(Fig. 12).

Całkowite sprostowanie wykonuje się podług L o r e n z a zawsze na jednem posiedzeniu i to do tego stopnia, aby po ukończeniu zabiegu dało się przez lekki ucisk palcem przeprowadzić stopę w położenie stopy piętowej płaskiej (pes calcaneo-valgus). Metoda ta zyskała sobie również w krótkim czasie wielu zwolenników, a B o q u e l i V u l p i u s, na podstawie licznej statystyki, chwalą bardzo wyniki, osiągnięte tem postępowaniem. W ostatnim roku leczyłem 8 przypadków stopy szpotawej u dzieci między 2 a 3 rokiem życia tą metodą i jestem z niej tak zadowolony, że nadal w odpowiednich przypadkach tylko tego sposobu używać zamierzam.

U dzieci tak małych, z jakiemi w ostatnich czasach miałem do czynienia, wystarcza do sprostowania siła rąk. U dzieci starszych siła ta może się okazać nie wystarczającą; w takich razach poradzić sobie można zapomocą jednego z licznych przyrządów, służących do spotęgowania siły, działającej bądź to jako dźwignia w tak zwanym kluczu (wrentch) T h o m a s a i odmianach jego, podanych przez B r a d f o r d a i M. C u r d y e g o *(Fig. 13)*, bądź też zapomocą działa-





(Fig. 13).

nia śruby, jak to ma miejsce przy tak zwanych osteoklastach, podanych np. przez G r e t t a n a, lub wreszcie najlepszem i najodpowiedniejszem z dotychczasowych tego rodzaju narzędzi, osteoklastem L o r e n z a.

Po całkowitem sprostowaniu zakłada się w prawidłowem, lub nawet więcej niż prawidłowem położeniu stopy, opatrunek gipsowy, przyczem pamiętać należy, że zwłaszcza po użyciu większej siły wystąpić może dość znaczny obrzęk stopy; należy więc pod opaskę gipsową nałożyć warstwę waty, kończynę ułożyć wysoko lub, co jeszcze lepiej, zawiesić prostopadle; w każdym razie przez pierwsze 24 godzin kończynę starannie doglądać, aby w razie silniejszego obrzęku i zasinienia palców opatrunek rozciąć podłużnie i znieść zbyteczny ucisk.

Zaniedbanie tej ostrożności pociągnąć może za sobą przykre następstwa, jak tego miałem przykład na jednym przypadku, w którym po założeniu opatrunku na sprostowaną stopę w jednej z wiedeńskich klinik, odesłano dziecko do domu, a w tydzień potem przyniesiono je do mnie już z rozległą zgorzelą na grzbiecie stopy, sięgającą aż do stawu skokowego. Jeżeli opatrunek dobrze leży, pozostawia się go przez 3—4 tygodni, przyczem dziecko może nawet chodzić; po upływie tego czasu opatrunek się zmienia i zakłada znowu na dalsze 3—4 tygodni, poczem następowe leczenie ma na celu poprawienie odżywienia mięśni kończyny, a zatem mięsienie, kąpiele, ruchy czynne i bierne stopy. Dla wszelkiej pewności, w celu zapobieżenia powrotowi zboczenia stopy, należy polecić, aby dziecko przez jakiś czas, rok albo dwa, nosiło jeden z licznych przyrządów ortopedycznych, służą-

cych do ustalenia stopy. Zwyczajnie wystarcza wysoki sznurowany trzewik z dwoma do kolana sięgającemi szynami bocznemi, tak skonstruowanemi, że nie pozwalają na podeszwowe zgięcie stopy. Bardzo dobre usługi oddawał mi także pojedynczy a praktyczny przyrząd Rosera. Polega on na tem, że do silnego sznurowanego trzewika wstawia się po stronie zewnętrznej żelazko kształtu |____| tak, aby wystawało 1—2 cnt. po za podeszwę. Przy chodzeniu żelazko to dotyka najpierw ziemi, a stopa musi wskutek tego przejść w położenie pronacyi. W celu zapobieżenia obsuwaniu się stopy ku wewnątrz, musi być wewnątrz brzeg trzewika wyłożony grubą niepodatną skórą.

Często, zwłaszcza jeżeli wczas obejmujemy dziecko w leczenie, udaje się osiągnąć zupełną poprawę położenia stopy bez żadnych zabiegów krwawych. W większej części przypadków jednak tak w celu ułatwienia sobie sprostowywania, jak i w celu szybszego dojścia do celu, uciec się musimy do przecięcia tkanin, stawiających wielki opór przy sprostowywaniu stopy. Najczęściej zabieg ten wykonujemy na ścięgnie Achillesa. Wprawdzie niektórzy autorowie, jak Duval, radzą, aby nawet tego zabiegu nie wykonywać przed 14 miesiącem życia dziecka, doświadczenia jednak moje tak samo, jak i wielu bardzo chirurgów, przekonały mnie, że tenotomię Achillesa można bez żadnej obawy wykonać nawet w pierwszych tygodniach życia dziecka, a że przez wykonanie tej małej i zupełnie niewinnej operacyi można bardzo przyspieszyć wyleczenie cierpienia. W każdym więc przypadku, w którym skrócenie mięśni łydkowych stawia znaczną przeszkodę sprostowaniu stopy, należy wykonać tenotomię Achillesa. Na to zgadzają się, jak powiedziałem, prawie wszyscy chirurgowie.

Istnieje tylko pewna różnica zdań co do chwili, kiedy tę operacyę wykonać należy. König wykonuje ją przed rozpoczęciem sprostowywania, tak samo radzi E. Müller, który utrzymuje, że napięte ścięgno Achillesa tworzy przy sprostowywaniu stopy rodzaj dźwigni i spowodować może łatwo sprowadzenie niepożądanej stopy płaskiej. Natomiast Greser twierdzi, że właśnie ten opór, jaki stawia ścięgno Achillesa, ułatwia sprostowanie addukcyi i supinacyi stopy; również i Lorenz usuwa najpierw addukcyę i infleksyę stopy — i dopiero, gdy ma przystąpić do sprostowania fleksyi podeszwowej, przecina ścięgno Achillesa. Do tego samego zdania przychyla się i Nasse.

Doświadczenie moje przekonało mnie, że poprawa fleksyi, jaka się otrzymuje przez samo przecięcie ścięgna Achillesa, nietylko nie utrudnia, lecz owszem ułatwia znacznie sprostowywanie abdukcyi, a zwłaszcza supinacyi stopy. We wszystkich też przypadkach, w których tenotomia Achillesa jest wskazana, wykonuję ją, jako pierwszy zabieg. Tenotomię tę wykonuję zawsze podskórnie; wprawdzie Karewski powiada „że operacyę tę wykonuje się teraz przeważnie *à ciel ouvert*“, t. j. po poprzedniem podłużnem przecięciu skóry, zdaje mi się jednak, że zdanie to nie jest słuszne, gdyż i w najnowszych dziełach Hoffy, Lorenza i Nassego mowa jest zawsze o podskórnej tenotomii, a i sam Karewski, opisując dalej operacyę Phelpsa, pisze „najpierw wykonujemy podskórną tenotomię ścięgna Achillesa“.

Operacyę tę wykonać można w dwojaki sposób, t. j. że ścięgno przecina się od zewnątrz ku wewnątrz, a raczej od tyłu ku przodowi, lub też w kierunku przeciwnym. W celu wykonania operacyi pierwszym sposobem asystent ustala kończynę dziecka, obejmując obu rękami podudzie. Operator chwyta stopę dziecka lewą ręką tak, że dłonią obejmuje jej podeszwę, w prawej zaś ręce trzyma bistur kończysty. Przez naciśnięcie stopy ku grzbietowi napręża ścięgno Achillesa i oznacza palcem dużym prawej ręki brzeg jego wewnętrzny na 1 do $1^1/_2$ cnt. nad piętą. W tem miejscu robi się nacięcie skóry tak szerokie, aby przez nie przesunąć można tenotom Guerina, t. j. wązki, równy, lub nieco ostrzem wygięty nożyk z tępo zaszlifowanym końcem. Po zrobieniu nacięcia skóry, zamienia więc operator bistur na tenotom, a po wprowadzeniu go w zrobioną rankę, zwalnia napięcie stopy, przez co ścięgno Achillesa cofa się nieco w głąb i wtedy łatwo jest przesunąć tenotom na płask między skórą a ścięgnem aż po za zewnętrzny brzeg tegoż, o czem łatwo się przekonać, kontrolując ruch tenotomu palcem dużym tejże ręki. Następnie obraca się tenotom ostrzem ku ścięgnu, a naciskając równocześnie stopę lewą ręką w kierunku fleksyi grzbietowej, napina się ścięgno i przecina się je, cisnąc na nie tenotomem, lub wykonując nim lekkie ruchy wahadłowe. W chwili przecięcia ostatnich pasem ścięgna czuć się daje lekki trzask, górny koniec ścięgna cofa się ku górze, przez co powstaje łatwo wymacalny dołek; teraz obraca się tenotom znowu na płask, wyjmuje się go, a małą rankę pokrywa się opatrunkiem aseptycznym. Sposobu tego używałem we wszystkich moich przypadkach, wydaje mi się bowiem wygodniejszy, niż sposób drugi, t. j. przecinania ścięgna od głębi ku powierzchni. Do operacyi tym drugim sposobem służy tenotom Dieffenbacha, t. j. nożyk wązki, kończysty, sierpowato wygięty. Po ustaleniu i chwyceniu kończyny, jak poprzednio, napina się ścięgno Achillesa przez mocne zgięcie stopy i wbija się tenotom popod ścięgno na płask tak daleko, aby koniec tenotomu sięgał po za zewnętrzny brzeg ścięgna, następnie obraca się tenotom ostrzem ku ścięgnu i lekko piłującymi ruchami przecina się je, przyczem palec duży ręki operatora kontroluje od zewnątrz ruch tenotomu i przez lekkie przyciskanie ścięgna ułatwia jego przecięcie. W chwili przecięcia ostatnich pasem ustaje nagle cały opór ścięgna, uważać więc należy, aby w tej chwili przestać naciskać stopę, gdyż inaczej łatwo bardzo przeciąć tenotomem i napiętą skórę. Czy jedną, czy drugą metodę się wybierze, dobrze jest wykonać tę operacyę w uśpieniu, zwłaszcza, jeżeli mamy do czynienia z dzieckiem starszem, które przez swój niepokój utrudnia ustalenie kończyny, a zatem i dokładne wykonanie operacyi.

Nie potrzebuję dodawać, że i tę małą operacyę wykonać należy ściśle według zasad aseptyki; zaniedbanie ich pociągnąć może za sobą najgorsze powikłanie, t. j. ropienie w ranie z wszystkiemi nieprzyjemnemi następstwami. Inne powikłania, jakie zwłaszcza przy braku dostatecznej wprawy zdarzyć się mogą przy tej operacyi, mają daleko mniejsze znaczenie. Rana skórna, choćby przy niezbyt poprawnem wykonaniu tenotomii wypadła nieco zaduża, goi się bez żadnych trudności, a w ostatecznym razie można ją zmniejszyć przez założenie szwu. W razie, jeżeli po wyjęciu tenotomu przekonamy się macaniem, że pozostały jeszcze napinające się nie przecięte włókna ścięgna, natenczas można je przerwać przez silne zgięcie stopy, a jeżeli się to nie udaje, trzeba tenotom wprowadzić ponownie i pozostałe

włókna przeciąć. Krwotok przy należytem wykonaniu tej operacyi jest zwyczajnie bardzo mały i ustaje po założeniu opatrunku; raz jednak zdarzyło mi się, że krwotok, mimo dość silnie uciskającej opaski, nie chciał ustać; musiałem więc rankę skórną rozszerzyć i krwawiące naczynie podwiązać; dalszy przebieg tego przypadku był zupełnie prawidłowy.

(Dokończenie nastąpi).

III. Dwa przypadki gorączki połogowej, leczonej surowicą przeciwpaciorkowcową.

Podał

Dr. Pilzer (w Tarnowie).

W roku 1895 zalecił Marmorek w *Annales de l' Institut Pasteur* wytwarzaną przez siebie surowicę przeciw wszelkim zakażeniom paciorkowcem ropotwórczym, podając, że wywiera ona dodatnie działanie na ciepłotę ciała, która stale po zastrzyknięciu surowicy obniża się, oraz na stan podmiotowy chorych zakażonych i na bóle głowy. Skóra zazwyczaj traci swoją suchość i staje się wilgotną.

Leczenie to stosowano dotąd z rozmaitym, przeważnie dobrym wynikiem, w róży (Chauvel), ropnem zapaleniu opłucnej (Lettelliére-Lemoine), oraz gorączce połogowej. Aczkolwiek wyniki dotychczasowe w tej ostatniej chorobie niezbyt są zachęcające, jak tego dowodzą przypadki Sewetta, Nobla i Merka, to mimo to zdecydowałem się zastósować powyższe leczenie w dwóch nadarzających się przypadkach ciężkiej gorączki połogowej, tembardziej, że leczenie dotychczasowe tej choroby jest właściwie więcej przypadowe, a śmiertelność znaczna.

Oto opis przypadków:

I. N. N., lat 24 licząca, dobrze odżywiona. Miesiączkuje od 15 roku życia, regularnie co 4 tygodnie. Od roku zamężna. W początku stycznia b. r. odbyła pierwszy poród prawidłowo. W połowie lutego pierwsza i ostatnia regularność. Od tego czasu trwa ciąża bez zaburzeń.

13/5. W nocy powstał silny krwotok. Chora nie umie podać przyczyny. Zastósowano tampon z waty, który nazajutrz usunięto i wstrzyknięto 1 grm. Bombellona.

14/5. Krwawienie i bóle mniejsze.

15/5. Krwawienie nieznaczne. Podano wewnętrznie *Extract. secalis corn.*

16/5. Zostałem wezwany do chorej poraz pierwszy. Skarży się ona na bóle brzucha dołem. Badanie zewnętrzne nie wykazuje zmian. Pochwa rozpulchniona, część pochwowa macicy wysoko ustawiona; ujście drożne dla palca badającego; palec powalany krwią. Przestrzyknąłem pochwę 3% rozczynem kwasu karbolowego i wytamponowałem 20% wyjałowioną gazą jodoformową.

17/5. W południe silny dreszcz. Ciepłota ciała 39·0. Dotkliwe bóle mięśniowe. Język suchy, pragnienie duże. Niepokój. Wezwano wówczas kol. Doc. Rosnera z Krakowa, który stwierdził ciepłotę wyżej 39°, tętno około 120. Macica znacznie powiększona leży ku przodowi. Przewód szyi dla palca drożny, w jamie macicy znajduje się dużo mniejszych i większych strzępów i kawałków jaja płodowego, rozkładających się. Obok macicy żadnych nieprawidłowych oporów ani bolesności. Kol. Doc. Rosner usunął palcem te resztki jaja, które się w ten sposób wyjąć dały, poczem łyżeczką wydobył resztę. Krwawienie podczas zabiegu było nieznaczne. Przestrzykano następnie jamę macicy rozczynem karbolu i wytarto jej wnętrze wacikiem napojonym 1‰ rozczynem sublimatu. Jamę macicy wypełniono gazą jodoformową. Zalecono spokój i dyetę posilną płynną.

18/5. O g. 10-ej rano dreszcze. C. 39·9, tętno 120, miękie. Znaczne bóle mięśniowe, pragnienie, oraz niepokój. Wobec groźnego stanu chorej wstrzyknąłem o godzinie 5-ej pop. w okolicę łuku żebrowego prawego 10 grm. surowicy przeciwpaciorkowcowej z pracowni prof. Bujwida.

19/5. O godzinie 6 rano dreszcz, C. 38·9°, tętno regularne, 120. Bóle mięśniowe dotkliwe. O g. 10 2-ie wstrzyknięcie surowicy (10 grm.). O g. 12 stan niezmieniony. O g. 4 pop. ciepłota spadła do 38·0 i wystąpiły poty.

20/5. C. prawidłowa (37·2), bolesność mięśni mniejsza; odchody czyste w skąpej ilości.

Potem już ciepłota stale utrzymywała się w granicach prawidłowych i chora zwolna powracała do zdrowia.

II. Chora, lat 27 licząca, średnio odżywiona. Miesiączkuje regularnie od 16 r. życia. Od 22 r. życia zamężna. W dzieciństwie przebyła dur. 3 porody odbyła prawidłowe.

28/5. Przed północą poród lekki. Gdy po upływie $1^1/_2$ godziny popłód nie odchodził i wystąpił krwotok, wykonano ręczne wydobycie łożyska i wytampowano pochwę.

29/5. Stan miał być dobry. (Patrz tab.).

TABELA.

Data	Ciepłota ciała	Tętno	Stan ogólny	Injekcye surowicy	UWAGA
30/5					
7 rano	39·8	130	dreszcze	—	Wezwany zostałem na naradę i poraz pierwszy zbadałem chorą. Narada z Dr. Kohnem z Krakowa.
4 pop.	38	120	poty	—	
10 w.	39	128	dreszcz	—	
12 w.	39·8	132	skóra sucha, wargi sine, płuca i serce bez zmian	—	
31/5					Brzuch podatny niebolesny. Macica nad spojen. macalna, ściągn., niebolesna Pochwa rozpulchn., ujście zewn. drożne na palec i wnętrze macicy próżne, odchody krwawe nie cuchnące
8 rano	40	128	—		
4 pop.	40	132	poty		
5 pop.	40	132	dreszcz	I wstrzyk. 10 gram.	
9 wieczór	39	120	—	II wstrzyk. (surowica z pracowni p. Bujwida)	
1/6					
8 rano	38	120	Dresz. niema lekkie poty	III wstrz	
12 poł.	38·7	120	—	IV "	
5 pop.	37·8	120	Chora wesel. czuje się lep.	V "	
11 wiecz.	38	120		VI "	
2/6					
6 rano	38·7	120	Ból w stawie łok. prawym Bezsenność		
9 rano	41	140	Dreszcz, staw łok. pr. obrz. i bolesny		
12 poł.	40	128	Bol. i obrzęk st. w palcach ręki pr. Chora swobodna		
3 pop.	38	120	poty		
6 pop.	38	120	—	VII wstrz	
11 wiecz.	39.7	120	— W nocy wydatne poty.	VIII "	
3/6					
6 rano	Bez gorączki	100	Kolano lewe bol i obrzęk		
9 rano	41	138	dreszcz		
12 poł.	40	128	—		
3 pop.	38·8	120	kol. obrzękłe dreszcz		
5 pop.	39·2	120	w moczu ślad	IX wstrz	
11 wieczór	38·1	120	białka w nocy obfite poty	X "	

Data	Ciepłota ciała	Tętno	Stan ogólny	Injekcye surowicy	UWAGA
4/6					
6 rano	—	—	chora w potach		
9 rano	38	120	obrzęki stawów ręki pr. i nogi lewej bolesne, w moczu biał. osłabienie.		
12 poł.	36·5	90	bad. krwi na plasm. zimn. wynik ujemn.		
6 pop.	37	86	biał. w moczu utrzymuje się		
5/6 6/6 7/6	Stan bezgorączkowy				
8/6 9 rano	Stan bezgorączkowy.				
1 poł.	40	120	Dreszcz, zapalenie grucz. przyuszn. pr.		
9 wieczór	37·9	100	Obfite poty		

Od tej pory gorączka stale obniżyła się, obrzęki stawów powoli znikają. Występują liczne ropienia skórne i w tych miejscach, gdzie nie robiono wstrzykiwań, które kolejno otwierano. Chora dopiero z początkiem sierpnia opuściła łóżko zupełnie uzdrowiona.

Że w opisanych wyżej przypadkach miałem do czynienia z gorączką połogową, za tem przemawia:

a) Czynnik etyologiczny: W I przypadku wytamponowanie pochwy suchą watą, w II ręczne wydobycie łożyska po porodzie. (Szczegół ten podaję dla dokładności, wiemy bowiem, że takie zabiegi, nawet aseptycznie przeprowadzone, często dają początek gorączce połogowej).

b) Wystąpienie choroby w I przypadku 4, w drugim 3 dnia po poronieniu, względnie po porodzie.

c) Początek choroby (dreszcze).

d) Zachowanie się ciepłoty ciała i częste poty, po których znów występowały dreszcze.

e) Cały ogólny obraz choroby i brak innych zmian, któreby powstanie gorączki i dreszczów usprawiedliwić mogły.

Co do działania surowicy przeciwpaciorkowcowej, to było ono w I przypadku, że tak powiem, typowe: po pierwszem zastrzyknięciu surowicy powtórzył się dreszcz tylko jeden raz, gorączka jednak spada stale i stan ogólny poprawia się już w kilka godzin po drugiem wstrzyknięciu.

Nie tak typowo przedstawia się działanie surowicy w przypadku drugim. Tu musiałem wstrzyknąć aż 100 grm. surowicy w ciągu 4 dni. Po każdorazowem wstrzyknięciu spadała gorączka wprawdzie wśród potów, nie trwa to jednak nad kilka godzin. Tylko w jednym dniu (1/6) udało mi się, wstrzykując surowicę co 4 godziny, utrzymać chorą w stanie prawie bezgorączkowym przez 25 godzin (od 8 rano do 9 rano drugiego dnia). Tłómaczę to sobie tem, że zakażenie ropne w tym przypadku było wyjątkowo silne.

Dobre wyniki, otrzymane w obu przypadkach, przypisuję działaniu surowicy.

Dodać jeszcze należy, że surowica nie spowodowała żadnych zaburzeń ubocznych; liczne ropnie skórne, które w okresie uzdrowienia wystąpiły w II przypadku, bardzo dobrze można wytłómaczyć samem zakażeniem chorobowem.

Dochodzę do następujących wniosków:

I. Surowica przeciwpaciorkowcowa (Marmorka) okazała się w dwóch moich przypadkach środkiem dla ustroju nieszkodliwym.

II. W gorączce połogowej stósowana w odpowiedniej dawce (w przypadkach ciężkich 4—5 razy dziennie) zdaje się, o ile z moich przypadków wnosić można, działać dodatnio na sprawę chorobową.

III. Użycie surowicy przeciwpaciorkowcowej w gorączce połogowej zdaje mi się jest lekowaniem lepszem, a nawet racyonalniejszem, niż postępowanie wyczekujące i objawowe.

IV. Oceny i sprawozdania.

Lubarsch: **Nowsze przyczynki do nauki o zapaleniu.** (*Dts. med. Woch.* 1898. 32, 33, 34, 35).

(Dokończenie).

W sprawie drugiego spornego zagadnienia, to jest powstawania błon rzekomych, dopiero w najnowszych czasach uwzględniono zapatrywanie Neumanna, że niekiedy błony te nie składają się ze skrzepów włóknika, lecz po największej części ze zwyrodniałych włóknikowato i zwiotczałych włókien tkanki łącznej. Neumann opiera się na spostrzeżeniu, że pokład przybłonka w zapaleniach błonicowatych błon śluzowych, a śródbłonka w zapaleniach włóknikowych błon surowiczych nieraz znajduje się nad, a nie pod błonami rzekomemi, i że niema ostrej granicy między błoną rzekomą a tkanką łączną błon surowiczych. Za Neumannem oświadczyło się niewielu badaczy, przeciw niemu występują Marchand, Orth i Ziegler. Niewątpliwą jest rzeczą, że istnieją zapalenia z błonami rzekomemi istotnie włóknikowemi, leżącemi nad przybłonkiem (zapalenia włóknikowe błon śluzowych); z drugiej jednak strony zdarzają się, zdaniem L., również z pewnością takie postacie zapalenia, w których błona rzekoma jest zmienioną i obrzękłą tkanką łączną (włóknikowe zapalenia opon mózgowych, opłucnej, — *„perihepatitis fibrinosa“*), a na jej powierzchni znajduje się śródbłonek, przechodzący bezpośrednio w śródbłonek części zdrowych; w takich błonach rzekomych znajduje się także jednak również włóknik, wpleciony między włókna łącznotkankowe.

Wobec tego jednak dawna ostra granica między zapaleniami włóknikowemi a błonicowatemi, stworzona przez Virchowa, nie może się, zdaniem L., nadal utrzymać. Jak wiadomo, istota zapalenia włóknikowego polegała wedle V. na złożeniu wypociny na powierzchni błony śluz. lub surowiczej; zapalenie błonicowate (dyfterytyczne w znaczeniu anatomicznem) miało się znamionować złożeniem wypociny w samem utkaniu i obumieraniem tych błon. Wobec badań Neumanna, wykazujących, że także i przy zwykłych zapaleniach włóknikowych mogą błony rzekome zawierać włókna łącznotkankowe zajętych błon, okazuje się różnica między zapaleniem włóknikowem a błonicowatem już tylko różnicą stopnia, jak to L. oddawna naucza. Ta różnica czysto ilościowa polega na rozległości martwicy. Należy także przyjąć, że przy prostych nawet zapaleniach włóknikowych odgrywa znaczną rolę także alteracya stałych komórek tkaninowych. Zapatrywania te nie są zresztą nowością, wygłosił je bowiem już Weigert w swojej pracy o krupie i błonicy.

Trzeciem spornem zagadnieniem jest udział komórek wędrujących w organizacyi produktów zapalnych. Jeszcze w roku 1890 odmówili sprawozdawcy tego zagadnienia na międzynarodowym zjeździe w Berlinie: Ziegler, Marchand i Grawitz, prawie jednozgodnie leukocytom wszelkiego udziału w wytwarzaniu tkanki granulacyjnej po zapaleniu, odnosząc tę sprawę jedynie do stałych komórek tkaninowych. Przeciw temu później dopiero wystąpili Arnold i Miecznikow. Spór ten rozstrzygnąć bardzo trudno, ponieważ komórki wędrujące, pochodzące z stałych komórek tkanin, prawie nie dadzą się morfologicznie i fizyologicznie odróżnić od komórek wędrujących, pochodzących z krwi; odnosi się to przynajmniej do komórek małych jednojądrzastych, tworzących znane „nacieki drobnokomórkowe“ (a uważanych zresztą przez Ribberta za zupełnie odrębny rodzaj komórek[1]) i do tak zwa-

[1]) porównaj sprawozdanie z prac Ribberta w »Przeglądzie lekarskim« z. r.

nych wielkich wędrujących leukocytów („leukocytoide Zellen“ Marchanda, „Clasmatocyten“ Ranviera). Spostrzeżenia, przytaczane przez Miecznikowa i jego uczniów, oraz Quertona na dowód, że leukocyty mogą dawać początek komórkom tkanki łącznej, nie są przekonywujące, odnoszą się bowiem do ruchliwości i fagocytozy komórek olbrzymich i przybłonkowatych; tymczasem stwierdzono, że wszelkie młode komórki, nawet pochodzące z tkanki łącznej lub przybłonkowej, mogą być obdarzone ruchem, wykonywać ruchy pełzakowate i posiadać własność fagocytozy. Wobec tego wypowiada L. następujące zapatrywania: 1) tkanka granulacyjna i tkanka łączna pochodzą w tak zw. organizacyi zapalnej głównie ze stałych komórek tkanki łącznej, oraz z komórek śródbłonkowych i komórek wędrujących, pochodzących z tkanin (histiogene Wanderzellen), 2) ani nie udowodniono, ani nie zbito dotąd stanowczo twierdzenia, że w małej części i tymczasowo powstaje w tych sprawach tkanka granulacyjna z komórek wędrujących, pochodzących z krwi (hämatogene Wanderzellen); rozstrzygnięcie tego zagadnienia nie wydaje się zresztą Lubarschowi tak wielkiego posiadać znaczenia, jakie mu dawniej przypisywano.

Określiwszy w ten sposób swoje stanowisko względem trzech głównych zagadnień współczesnej nauki o zapaleniu, wymienionych na wstępie, przechodzi L. do krytycznego rozbioru obecnie głoszonych pojęć zapalenia. W tym kierunku istnieją zapatrywania bardzo skrajne i prawie wręcz sobie przeciwne; nie dziw też, że wobec tylu sporów i sprzeczności pragnęliby Andral, a za nim Thoma, usunąć zupełnie pojęcie zapalenia z nauki. Zdaniem Thomy bowiem pojęcie to jest tak ogólnikowe i nieustalone, że pokrywa się prawie z pojęciem wszelkiego miejscowego schorzenia. Zapatrywania Thomy, acz wogóle nie zostały przyjęte, znalazły jednak echo w zdaniu Neumanna, że nie można wymienić zjawiska, któreby we wszystkich postaciach zapalenia stale się powtarzało, i że niejedno ze zjawisk zapalenia zdarza się w innych sprawach chorobowych, nic z niem nie mających wspólnego. Nawet Virchow zaznacza, że objęcie rozmaitych w zapaleniu występujących zjawisk wspólną nazwą jest potrzebą nietyle naukową, ile praktyczno-rozpoznawczą. Jakkolwiek ze stanowiska teoretycznego pomysł Thomy, aby zarzucić zupełnie pojęcie zapalenia, jest nader kuszący, to jednak nie może on się, zdaniem L., nigdy urzeczywistnić, a to przedewszystkiem ze względu na zaznaczone przez Virchowa potrzeby praktyczne, następnie zaś dlatego, że na razie nie mamy na miejsce zapalenia żadnego lepszego ogólnego pojęcia, którem by tamto zastąpić można. Thoma wskazuje wprawdzie na pojęcia etyologiczne, będące zdobyczą nowszych czasów; jednakże, zdaniem L., nie nadają się one w żaden sposób do zastąpienia pojęcia zapalenia, ponieważ pewne określone zjawisko chorobowe może powstawać pod wpływem bardzo różnych przyczyn. Chcąc naprzykład zamiast pojęcia „zapalenie włóknikowe płuc“ podstawić pojęcie etyologiczne: „sprawy chorobowej płuc, wywołanej przez pneumokokki“, nie mówimy nic więcej, jak, że jednym z warunków powstania choroby jest obecność tych drobnoustrojów, natomiast pomijamy zupełnie cechy anatomiczne i obraz kliniczny tej sprawy. Określenie byłoby z drugiej strony za obszerne, ponieważ pneumokokki mogą wywoływać zarówno płatowe, jak zrazikowe zapalenie płuca.

Aby wybrnąć z trudności, proponuje L. ograniczyć używanie pojęcia zapalenia, jak to się w miarę rozwoju nauki stało z innemi pojęciami. Pojęcie guza („Geschwulst“) oznaczało przed wystąpieniem Virchowa każde obrzmienie, każdy guz w najogólniejszem znaczeniu; dopiero Virchow przez swoje znakomite prace zredukował to pojęcie „Geschwulst“ do właściwych nowotworów. Nowsze teorye zapalenia mało na to zwracały uwagi. Cohnheim i Samuel jednoczą pojęcie zapalenia z pojęciem szczególnego zaburzenia w krążeniu, przyczem wcale nie uważają owej szczególnej alteracyi ścian naczyniowych za jedno z przechodzeniem przez nie ciałek białych, do czego przed laty 30-tu jeszcze się skłaniano. Jednakże to zaburzenie krążenia, prowadzące do wysięku części płynnych nie jest bezwzględnie dla zapalenia znamienne; Samuel sądzi, że wprawdzie przekrwienie żylne w połączeniu z nawałem tętniczym może działać pod tym względem podobnie, jednakże powstający wtedy przesięk posiada mniej białka i ciałek białych, a więcej ciałek czerwonych, niż wypocina zapalna. Jednakże różnica, zaznaczana przez Samuela, nie jest wcale jakościową, a tylko ilościową; wreszcie znane są wysięki zapalne dość ubogie w białko i ciałka białe, a obfitujące w ciałka czerwone. Jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że alteracya naczyń odgrywa bardzo ważną rolę w zapaleniu, to jednak nie jest ona tem samem co zapalenie, jak na to wskazuje choćby tylko zapalenie nieunaczynionych narządów (zastawek sercowych). Pokrewne z teoryą Cohnheim-Samuela jest określenie zapalenia, podane przez Zieglera: zapalenie jest miejscowem zwyrodnieniem tkanek, połączonem z chorobowym wysiękiem z naczyń przez ich ściany, do których to spraw prędzej lub później przyłącza się bujanie tkanek, prowadzące do odrodzenia się (regeneracyi) lub do przerostu. Wprawdzie nowsze badania wykazały, że istotnie we wszystkich zapaleniach istnieje zwyrodnienie tkanek, a raczej ich alteracya (czemu Thoma, krytykując określenie Zieglera, zaprzeczał), jednakże mimo to określenie Zieglera posiada wady. Stosując je, należałoby bardzo wiele postaci zapaleń śródsierdzia wyłączyć z gromady zapaleń, natomiast zaliczyć do niej znaczną część zwykłych spraw odrodczych (regeneracyjnych), zawałów, a nawet organizacyi zakrzepów.

Uznając trudność odgraniczenia spraw zapalnych od spraw odrodczych i organizacyjnych, wielu autorów starało się określić pojęcie zapalenia jak najszerzej. (Neumann, Ribbert, Grawitz, Miecznikow, Leber). Typem tych określeń mogłoby być określenie Ribberta: zapalenie jest summą wszystkich tych spraw, które są wywołane przez rozmaite szkodliwe czynniki, a pociągają ze sobą bezpośrednie oddziaływanie tkanin i cieczy ustroju na te właśnie czynniki. Tego rodzaju określenia jednak są prawie równoznaczne z pojęciem miejscowego schorzenia wogóle; trzymając się ich, nie można już wcale oddzielić od zapalenia pojęć odradzania się i chorobowej organizacyi. Również błędne jest określenie Miecznikowa, który zapalenie jednoczy z fagocytozą, nie obejmuje ono bowiem w sobie zapaleń, w których leukocyty żadnej, lub bardzo małą grają rolę. Leber określa zapalenie, jako sumę zjawisk życiowych, wyzwolonych przez dodatnio chemotaktyczne substancye, i to jednak określenie jest za obszerne, gdyż również zmuszałoby zaliczać do zapaleń wszelkie sprawy odrodcze i organizacyjne. Dążąc do ograniczenia pojęcia zapalenia, należy sobie, zdaniem L. zdać jasno sprawę z tego, że oddzielenie spraw odrodczych (regeneracyjnych) i patologicznej organizacyi od zapalenia jest tylko dowolne, konwencyonalne, mimo to jednak z praktycznych względów konieczne. Aby więc zaznaczyć wyraźnie dowolność tego rozróżnienia, proponuje L. następujące określenia: 1) Sprawy, toczące się w odradzaniu się, chorobowej organizacyi i zapaleniu są ściśle ze sobą związane; w istocie sprawy te rozdziela różnica co najwyżej ilościowa, a przedewszystkiem nasz sposób pojmowania rzeczy, 2) a) odradzanie się (regeneracya) jestto zastąpienie ubytku w tkankach przez fizyologicznie i postaciowo równowartościową substancyę. b) jako tak zw. patologiczną organizacyę należy pojmować sprawy, prowadzące do usunięcia lub otorbienia tkanek obumarłych lub ciał obcych i do wytworzenia się blizn, c) zapalenie należy określić jako skojarzenie (kombinacyą) alteracyi tkanek z chorobowem wypacaniem cieczy i komórek i z bujaniem (rozradzaniem się) komórek, o ile sprawy te pojawiają się jako samoistna sprawa chorobowa.

W określeniu tem omija się, zdaniem L., zagadnienia sporne, ponieważ nawet ci badacze, którzy uważają zaburzenie krążenia za pierwsze zjawisko zapalenia, nie przeczą, że w przebiegu zapalenia bujają komórki, dodatkiem zaś, „o ile sprawy te pojawiają się jako samoistne zachorzenie“, osiąga się praktycznie rozgraniczenie zapalenia od patologicznej or-

ganizacyi i t. d. Określenie to dozwala zarazem na naturalny podział zapaleń, według tego, która sprawa ze zdarzających się w zapaleniu zjawisk, gra rolę przeważną. Wówczas podzielić należałoby zapalenie w myśl Virchowa na 1) degeneracyjne (przewaga alteracyi tkanek, np. tak zw. miąższowe zapalenie nerek), 2) wypocinowe lub naciekowe (przewaga wypacania cieczy i komórek: zapalenie ropne i włóknikowe, zapalenie nerek międzymiąższowe), 3) proliferacyjne (przewaga bujania komórek n. p. *endocarditis verucosa)*. Wreszcie zaznacza L., że zdaniem jego nie można przeprowadzić granicy między zapaleniami ostremi a przewlekłemi; można tylko powiedzieć, że te ostatnie odznaczają się przewagą spraw organizacyjnych; jednakże nawet wówczas odróżnienie ich od zapaleń proliferacyjnych jest prawie niepodobne. W każdym razie do przewlekłych zapaleń należy zaliczać same sprawy chorobowe, a nie ich następstwa np. zrostów błon surowiczych nie należy nazywać: *„pleuritis, peritonitis adhaesiva"* lecz *„adhaesiones pleur"* itd.

Doc. Ciechanowski.

V. Wyciągi.

Dr. Reinhardt: **O zewnętrznem nacięciu cewki moczowej**. *(Berl. kl. Wochschr.* Nr. 35. 1898*)*. Zwężenia cewki niedrożne, zwężenia powikłane przetokami, ropniami, nieżytem pęcherza etc., sprawy ropne i posocznicowate, pozostające w związku przyczynowym ze zwężeniem bliznowatem cewki, stanowią w klinice Königa wskazania do wykonania zewnętrznego nacięcia cewki moczowej. Sam zabieg operacyjny zasadniczo nie różni się od zasad ogólnie przyjętych. Różnice istnieją w pewnych tylko szczegółach technicznych. Podnieść należy jednak tę okoliczność, że w przypadkach zbliznowaceń okrężnych, zwłaszcza tam, gdzie tkanka bliznowata jest twardą i grubą, o ile sama blizna nie zajmuje znacznego odcinka cewki moczowej na długość, stara się K. całą tkankę bliznowatą wyciąć, a potem przybliżyć do siebie oba odcinki cewki moczowej, wysłane już teraz niezmienioną błoną śluzową. Lecz nawet w najkorzystniejszych warunkach nie zakłada szwu okrężnego, lecz tylko pojedyncze szwy ustalające na tylną (górną) ściankę cewki. — W leczeniu następowem nie używa nigdy cewnika do cewki „komornem", niemiłego choremu i drażniącego cewkę aż do wywołania zapalenia. Ranę na międzykroczu tamponuje lekko i pozwala choremu przez nią mocz oddawać. Zwykle już po trzech tygodniach rana na międzykroczu zamyka się zupełnie i mocz w całości drogą przyrodzoną odpływa. Już jednak w 8-10 dni po operacyi rozpoczyna się systematyczne rozszerzanie cewki moczowej grubemi sondami, które już po zupełnem wyleczeniu powtarza się miesiącami w odstępach 8-dniowych.

Herman.

Dr. K. Grundfest: **Przyczynek do poronnego leczenia dymienic**. *(Wien. kl. Wochschr.* Nr. 32. 1898). Z wielu stron zachwalane t. z. poronne leczenie dymienic, polegające, jak wiadomo, na wstrzykiwaniu w zajęte gruczoły rozmaitych płynów (nalewki jodowej, azotanu srebrowego, kw. karbolowego, sublimatu etc.), nie znalazło uznania na oddziale Prof. Mračeka. Autor używał tam modyfikacyi Waelscha, który zalecał do wstrzykiwań 0·6% rozcz. soli kuchennej, po ewentualnej aspiracyi już wytworzonej ropy. Z 20 chorych, tak leczonych, wyzdrowiało 8; z pozostałych, 11 leczono w zwykły sposób chirurgiczny, jednego zaś udało się wyleczyć zastrzykiwaniem 1% rozcz. azotanu srebrowego. Kiedy się zważy, że wiele przypadków dymienic ustępuje w spokoju pod wygrzewającymi okładami i wcieraniem szaruchy, wyniki osiągnięte zmaleją do rozmiarów nie zachęcających do rozległych prób.

Dr. Herman.

O. Lentz: **Przypadek pokrzywki krwawej**, (urticaria haemorrhagica) *(Berl. klin. Woch.* Nr. 39. 1898). Autor opisuje przypadek powyższej choroby, spostrzegany na oddziale Prof. Renversa w Berlinie; cierpienie to wystąpiło u 45 letniego chorego wśród objawów gorączki, obrzęku kilku stawów i nieżytu oskrzelowego. Wysypka pokrzywkowa z wynaczynieniami w skórze pojawiła się kilka razy w przeciągu kilkunastu dni i to nie tylko na znacznej przestrzeni skóry, ale i na podniebieniu, języczku gardłowym, języku i błonie śluzowej policzków, — doprowadzające na błonach śluzowych do zgorzeli. Cała sprawa trwała 4½ tygodnia; 12-go dnia choroby wystąpiło powikłanie ze strony serca z gorączką, objawiające się skurczowym szmerem nad koniuszkiem i tętnicą główną. Przebieg kliniczny, badanie krwi i wydzieliu, wreszcie badanie anatomo-patologiczne, nie wyjaśniają wcale przyczyny w tym przypadku. To też autor przechyla się do zwykle przypuszczanego w przypadkach pokrzywki samozakażenia (autointoxicatio), które w tym przypadku, jako u człowieka żyjącego w złych warunkach bytu (posługacz publ.) i nadużywającego napojów wyskokowych, łatwo przypuścić można. Powikłania ze strony stawów i śródsierdzia odnosi L. do wytworzonych w ustroju toksyn, jak to bywa w przebiegu chorób zakaźnych, n.p. płonicy, odry i t. p.

F. K.

A. Frisch: **Pleśniawki** (soor) **pęcherza moczowego**. (*Wien. kl. Woch.* 39. 1898). Autor podaje historyę choroby ciekawego przypadku zapalenia pęcherza u 64-letniej kobiety, u której, obok zwykłych w tej chorobie przypadów, mocz zawierał znaczną ilość tworów kulistych, białawych, ziarnistych, widzialnych także przy badaniu wziernikiem na błonie śluzowej pęcherza moczow. C. g. moczu wynosił 1.026, oddziaływanie wybitne kwaśne, białka ślad, cukru 4%. Badanie drobnowidowe tworów wykazało pleśnie, obok skąpych ciałek ropnych i komórek przybłonkowych. Po oddaniu moczu kulki pleśni, przez osiadanie na nich kulek gazu, podnosiły się na powierzchnię płynu, aby wkrótce znowu opaść na dno. Leczenie polegało na przepłókiwaniu pęcherza rozcz. azotan. srebrowego 1 : 4000, które już po 4 tyg. do zupełnego wyleczenia doprowadziło. Wyraźne połączenie grzybków z kulkami gazu, obecność tak dużej ilości pleśni i duży odsetek cukru, — wskazywałyby, że mamy do czynienia z kiśnieniem wyskokowem cukromoczu, wywołanem obecnością grzybków, (takie przypadki istnieją w literaturze). Badanie Prof. Paltaufa wykazało, że kiśnienie i tworzenie się gazów (pneumaturia) wywołanem było przez *bacterium coli*, a istniejące pleśnie były przyczyną sprawy chorobowej, czyli że jestto jedyny w literaturze przypadek pleśniawek pęcherza moczowego.

F. K.

Hamburger: **O wpływie przekrwienia żylnego na obumieranie zarazka wąglikowego w tkance podskórnej** *(Ctblt f. Bact.* 1898, XXIV. 9). Przekonawszy się w badaniach, że zabójcze działanie krwi i soków ustroju znacznie się wzmaga pod wpływem CO_2, stara się H. zapomocą ponownych doświadczeń dowieść, że podobnie dzieje się i w żywym ustroju pod wpływem przekrwienia żylnego. Aby wykluczyć działanie fagocytozy, umieszczał H. hodowle wąglika na kostkach z agaru, zawiniętych w papier pergaminowy. Aby zaś wyniki doświadczeń dokładnie módz sprawdzić, wprowadzał H. tak przygotowane hodowle w tkankę podskórną dwóch łap przednich zwierzęcia i na jednej łapie wywoływał przekrwienie bierne, na drugiej zaś nie. Wszystkie myszy, zaszczepione hodowlą, wyjętą po 7 do 16 dniach z tkanki podskórnej tej łapy, w której nie było przekrwienia, zginęły na wąglik; myszy zaś, szczepione hodowlą, wydobytą z drugiej łapy, w której wywołano przekrwienie, albo wyżyły, albo ginęły bardzo późno. Taksamo zachowywały się i króliki. Wynik doświadczeń był taki sam przy użyciu hodowli wąglika bez zarodników, jak z zarodnikami i samych zarodników.

C.

Keller A: **Polewka słodowa, jako pożywienie dla osesków cierpiących na choroby przewodu pokarmowego**. *(Deutsche medicinische Wochenschrift, Nr. 39. 1898)*.

Gregor K.: **O wynikach sztucznego żywienia chorych osesków w poliklinice wrocławskiej**. *(Deutsche medici-*

nische Wochenschrift, Nr. 40, 1898). Usiłowania pedyatrów, by dzieciom, sztucznie żywionym, zapewnić odpowiedni pokarm, zdążały głównie do zbliżenia własności mleka krowiego do składu mleka kobiecego i do usunięcia w nim wszelkich zanieczyszczeń (przez wyjałowienie). Temi zasadami kierowali się Biedert, Gärtner, Backhaus i inni, podając swoje mieszanki, które przyczyniły się wprawdzie do zmniejszenia śmiertelności osesków z chorób przewodu pokarmowego, w znacznej liczbie przypadków nie były jednak w stanie odpowiedzieć swemu zadaniu. Ścisłe badania nad przemianą materyi w stanach fizyologicznych i patologicznych, wykonywane przez dłuższy czas w klinice wrocławskiej Czernego, naprowadziły na myśl przyrządzania pożywienia zupełnie odmiennego składu. Główna różnica od dotychczasowych mięszanek polega na tem, że polewka słodowa mało zawiera białka, mało tłuszczów, natomiast znaczna ilość łatwo się spalających wodników węgla i znaczną ilość alkalów. Potrzebę tych ostatnich tłómaczy K. w ten sposób: u osesków cierpiących na choroby przewodu pokarmowego, wytwarzają się z istot białkowatych i tłuszczów nieprawidłowe połączenia kwasowe; kwasy te wessane do krwi, wiążą znajdujące się we krwi alkalia stąd też koniecznem jest doprowadzenie większej ich ilości. Polewka składem swoim nie wiele różni się od podanej jeszcze w roku 1865 polewki Liebiga, a sporządza się ją w następujący sposób: 50 grm. mąki pszennej rozrabia się w $^1/_3$ litra mleka krowiego i przecedza się; w innem naczyniu rozpuszcza się 100 gr. wyciągu słodowego w $^2/_3$ litrach wody przy 50° C; dodaje się do tego 10 ctm. 11% roztworu węglanu potasowego, następnie obie te mięszaniny zlewa się razem i gotuje. Dla dzieci poniżej 3 miesięcy, lub w cięższych stanach chorobowych, należy powyższą mieszaninę rozcieńczyć wodą.

W klinice wrocławskiej stósowano wszystkie dotychczas do sztucznego żywienia podane przetwory; żadnym jednak nie osiągnięto tak dobrych wyników, jak przy podawaniu tej polewki. Z 28 dzieci stałej kliniki, okazujących ciężkie objawy choroby przewodu pokarmowego, 5 zmarło, a u reszty stwierdzono przybytek na wadze największy 43·5 grm. dziennie, najmniejszy 11 gramów, przy ogólnym stanie bardzo pomyślnym i przy braku objawów krzywicy, która tak łatwo wytwarza się przy innem sztucznem żywieniu. Wyniki prześcignęły więc to wszystko, co dotąd przy pomocy innych przetworów osiągnięto.

Jako uzupełnienie powyższych wywodów, opartych na materyale kliniki stałej, ogłasza Gregor wyniki osiągnięte przy podawaniu przez $1^1/_2$ roku polewki 74 oseskom polikliniki. Wyniki te też są lepsze od poprzednio uzyskanych wyników, przy stósowaniu w tych samych warunkach innych przetworów, n. p. mleka Gaertnera tak, że autor nie waha się z pomiędzy wszystkich przetworów sztucznych, polecić na pierwszem miejscu powyższą polewkę, przypisując jej korzystne działanie na przewód pokarmowy u dzieci chorych, a uważając ją za doskonały środek odżywczy u dzieci zdrowych, które nie mogą być karmione piersią.

Doc. Dr. Raczyński.

Dr. Ekstein: **O leczeniu fosforem i trzebieniu w rozmiękczeniu kości połogowem.** (*Prager medicinische Wochenschrift.* Nr. 33, 1898.) Autor opisuje 5 przypadków rozmiękczenia kości połogowego u chorych, liczących od 25-50 lat, u których stosował leczenie fosforem w sposób, jaki zaleca Latzko, a mianowicie, podając codziennie przez kilka miesięcy łyżeczkę od kawy przetworu, zawierającego 0·06 fosforu na 100 gram tranu. W czterech przypadkach osiągnął E. wynik pomyślny, to znaczy, że bóle w kościach, których chore poprzednio doznawały przy dotyku i ruchach, ustąpiły zupełnie. W jednym przypadku leczenie pozostało bez skutku. Za główną przyczynę rozmiękczenia kości połogowego uważa autor złe warunki zdrowotne, w których żyją niższe warstwy społeczeństwa. To też polepszenie warunków higienicznych jest, zdaniem autora, najważniejszym środkiem leczniczym przy rozmiękczeniu kości połogowem. Lekowanie fosforem zaleca E. w przypadkach lżejszych i to stósowane przez kilka miesięcy, w sposób wyżej podany.

W ciężkich przypadkach (Osteomalakiemarasmus) radzi autor trzebienie, ale tylko u osób młodszych, u których nie nastąpił jeszcze zwrot płciowy. *Piotrowski.*

Barskij: **Przypadek rzadkiej choroby skórnej** *Acanthosis nigricans.* (*Wracz.* Nr. 33, 35, 37, 1898). Rzadka ta choroba dopiero od lat kilku zwróciła na siebie uwagę dermatologów: pierwszy Pollitzer w r. 1890, za nim Janowsky w tymże roku, opisali zaledwie po jednym przypadku. Autor, zbierając bardzo sumiennie literaturę tej choroby, był w stanie zgromadzić ledwo 22 przypadków. Darier pierwszy wypowiedział w r. 1893 przypuszczenie o ścisłym związku przyczynowym tej choroby z rakiem, które to przypuszczenie stało się ogólnem, pomimo że spostrzegano przypadki, w których raka nie znaleziono. Do tego rzędu należy i przypadek autora, cechujący się wszystkimi charakterystycznymi objawami *Acanthosis nigricans*, różny jednakże od innych pod tym względem, że: 1° raka nawet nie można było przypuszczać; 2° choroba rozpoczęła się we wczesnem dzieciństwie (w 2-im roku życia); 3° przebieg choroby długotrwały (przeszło 11 lat), a pomimo to chory żyje dotychczas i stan jego ogólny jest zupełnie zadawalniający; 4° chory uskarża się na powtarzające się często swędzenie, czego inni autorowie nie podawali. Opierając się zarówno na swoim, jak i na innych przypadkach, autor sądzi, że w *Acanthosis nigricans* mamy do czynienia z naruszeniem czynności układu spółczulnego, a mianowicie jego gałązek, zdążających do nadnerczy. Jak wykazał Mühlmann, istota korowa nadnerczy wytwarza pyrokatechinę, która przy uszkodzeniu układu spółczulnego dostaje się do krwi, a przy zetknięciu się z powietrzem brunatnieje, nadając powłokom charakterystyczne zabarwienie; związek więc omawianego cierpienia z rakiem byłby czysto przypadkowy i polegałby tylko na ucisku guzów rakowych na gałązki n. spółczulnego, prowadzące do nadnerczy, jak to rzeczywiście stwierdzono w 2 przypadkach (Darier i Kuznitzky), badanych po śmierci.

K. G.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Haemolum hydrargyro-jodatum. Badaniom Rillego, Dixona, Mana i Aschnera, którzy środek ten uważają za jedno z najlepiej nadających się połączeń rtęci do podawania wewnętrznego, sprzeciwiają się prace Starka i Krzyształowicza[1]), którzy przy podawaniu hemolu, spostrzegali zaburzenia ze strony narządu trawienia. Być jednak może, że dodanie makowca (0.8—1.0 na 50, względnie 100 pigułek), jak to Kobert i Rille zalecają, usuwa wszelkie objawy uboczne.

Hexamethylentetraminum—znany już od 2 lat środek pod nazwą *urotropinum* lub *forminum*. Doświadczenia wykazały, że działa on dobrze w zapaleniu miedniczek nerkowych i pęcherza, połączonem z amoniakalnym rozkładem moczu. Casper używa go w lekkich a przewlekłych zapaleniach pęcherza, J. F. Windel podaje, że podając lek ten można usunąć fosfaturyą. Stósowano go też z dobrym skutkiem w zatruciu moczem, występującem wskutek wieloletniego ropienia w pęcherzu i miedniczkach nerkowych, u osób starszych. Działanie jego polega według Loebischa, na tem, że we krwi rozkłada się na swoje składniki, t. j. amoniak i formaldehyd; ten zaś ostatni, przechodząc przez nerki, rozpuszcza kwas moczowy. Najwygodniej podawać go w tabletkach, zawierających 0,5 grm. urotropiny. Podaje się tych tabletek 3 dziennie. Casper dochodzi do ośmiu.

Holocainum muriaticum. Są to bezbarwne igiełki krystaliczne, rozpuszczalne do 2% w zimnej wodzie, łatwiej jeszcze w gorącej. Roztwór wodny daje się dłuższy czas przechowywać.

---

[1]) Patrz »Przegląd lekarski«, 1897 r., Nr. 25, str. 317.

Według R. Heinza i wielu innych autorów, holokaina jest środkiem miejscowo znieczulającym i nadającym się w zastępstwie kokainy do leczenia oka. Zapuszczenie 2—4 kropli 1% wodnego rozczynu tego środka powoduje w ciągu jednej minuty zupełne znieczulenie rogówki i spojówki. Chociaż działanie holokainy jest więcej trującem, jak kokainy, to znowu nie wywołuje wysychania i odrywania się przybłonka rogówki, nie rozszerza źrenicy, nie działa na tęczówkę, ani nie wywiera wpływu na ucisk śródoczny. Ponieważ miejsce znieczulenia holokainą większem jest, jak przy kokainie, nadaje się ona także do znieczulania przy rwaniu zębów.

Zapisuje się:

Rp., *Holocaini mur. 0.1*

Aquae dest. steril. 10,0

Ds.: *Rozczyn holokainy do znieczulań miejscowych.*

Chevalier radzi nie zapisywać nigdy ilości większych, gdyż spostrzegał, że już po dniach 14 traci ona na sile.

Hydrargyrolum C_6H_4. $OH.SO_3Hg$. Łuski barwy czerwono-brunatnej, o zapachu korzennym, nie rozpuszczające się w wyskoku, rozpuszczalne zaś w wodzie i glicerynie. Ze względu, iż środek ten, mimo swych silnych przeciwzakaźnych własności, jest mało trującym, nie żrącym, ponieważ z rozczynu nie strąca białka i nie nadgryza metalu, poleca go Gantrelet do podawania wewnętrznego, także w rozczynie 4:1000 do celów chirurgicznych.

Ichthalbinum. Środek zalecany przez Sacha (połączenie ichtyolu z białkiem), zamiast ichtyolu. Jest to proszek szaro-brunatny, bez woni i prawie bez smaku, w żołądku się nie rozpuszczający, a rozkładający się w jelitach na pepton i ichtyol. Podawany wewnętrznie, działa dobrze przy wszelkich wysypkach, mających związek z zaburzeniami w narządzie trawienia. Wogóle można go podawać wewnętrznie zawsze, zamiast przykrego w smaku i nieznośnej woni ichtyolu. Zapisuje się w dawkach po 1.0—2.0 grm., dwa do trzech razy dziennie, bezpośrednio przed jedzeniem; proszek, wsypany do ust, popija się wodą.

Zewnętrznie w rozpadlinach rzyci (fissura ani) i przeciw świądowi przy krwawnicach (hemoroidach) stosuje się go, jako zasypkę

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. J. Zychoń.

Vasogen (utleniony węglowodan) znajduje coraz większe zastósowanie w dermatologii. Ullmann zachwala (*Münch. med. Woch* 23 24. 1898) używanie V. rtęciowego 50% i 30% (2 3 grm. na jedno wcieranie), gdyż łatwo wchodzi w skórę, nie drażni jej i szybko usuwa zmiany. Przeciw wszom na głowie stósował U zamiast maści rtęciowej 10% V. naphtolowego dla kilkakrotnego natarcia. Jodvasogen (6—10%) oddawał mu bardzo dobre usługi w sprawach zapalnych skóry lub tkanki podskórnej; 1½% rozczyn jodoformu w Vas. łagodzi bóle przy zapaleniach dziąseł i owrzodzeniach w jamie ust (*stomat. mercur., ulcer., aphtosa*). Nawet ichtyol (10% działa silniej w vas., niż w innej postaci. V dziegciowego (25% *ol. rusci*) używał autor z bardzo dobrym skutkiem przy wyprysku łuszczącym się, łupieżu głowy, łuszczycy, liszaju czerw płaskim i *dermatitis herpetiformis*. Przeciw świerzbowi zaleca Rp. *naphtol, bals. peruv. aa 10,0 Sap. kalin ven.. cret. alb. p. aa 20 0 Vasog. sulf.* (3%) *spis. 40.0 m. f. ung. S. 2—4 razy natrzeć.*

F. K.

Tausig stosował *Airol* w licznych przypadkach ran głowy, które opatrywano suchym sposobem przez zasypywanie czystym airolem i założenie opatrunku z gazy wyjałowionej. W przypadkach tych, podobnie jak i w przypadkach owrzodzeń i oparzeń stwierdzano korzystne osuszające i pobudzające do ziarniny działanie airolu. W 30 przypadkach ostrej i przewlekłej rzeżączki, leczonej wstrzykiwaniami 10% z zawiesiny airolowej (*airoli 10 0, glycerini, aq. destill. aa 50,0*) osiągnięto trwałe wyleczenie w krótkim czasie. Tausig stosował też airol w zapaleniu pryszczykowem spojówki, również z dobrym skutkiem — jako zaletę tego leku podnosi on, że airol nie jest trujący, nie drażni, nie ma woni, wreszcie że jest tani (*Wiener med. Presse*, Nr. 45, 1898).

R.

Bonchristiani (*Supl. al policlinico 24. VIII 1898*) na podstawie bogatego doświadczenia uznaje *airol*, jako środek mogący zastąpić w praktyce chirurgicznej jodoform. W zetknięciu z tkankami airol uwalnia jod i skutkiem tego przybiera jasno żółtą barwę. Autor stósował airol w różnego rodzaju obrażeniach i równie dobrze nadaje się on do leczenia atonicznych wrzodów, sączących wyprysków skórnych, ropni i flegmon. jak i gruźlicy kości Dobre wyniki osiągnął też w zapaleniu ucha środkowego u dzieci, w którem airol znacznie skraca czas leczenia. Postępowanie przy tym sposobie leczenia jest następujące: najpierw należy oczyścić przewód zewnętrzny przez wytarcie gazą, potem go wysuszyć, a w końcu wprowadzić airol na tamponie. Można też zastósować maść: *Airoli 5 0, Glycerini* lub *unguenti simpl. 20.0*, wprowadzając ją do przewodu usznego na wacie.

R.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 25 listopada, 1898 r.

Przewodniczący. kol. prof. Machek. Obecnych członków 48

1) Przewodniczący przedstawia nowych członków Sekcyi: koll. Staubera i Pelnara.

2) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Kol. prof. Łukasiewicz przedstawia następujące przypadki ze względu na trudności w ich rozpoznaniu:

I. Mężczyzna 37-letni z ostrą gruźlicą (Tuberculosis cutis propria s. miliaris) na tyłogłowiu. Dwa owrzodzenia wielkości korony z miękkimi podminowanymi brzegami, pokryte wiotką, blado-różową ziarniną, tu i owdzie typowe gruzełki. Sprawa zaczyna się zaledwie powierzchownemi otarciami przyskórka, następnie drąży w głąb, a w niektórych miejscach zabliźnia się wytwarzając brodawkowatą powierzchnię, odpowiednio ziarninie, pokrywającej się przyskórkiem. Owrzodzenia te są nader podobne do *Ulcus rodens, lupus vulgaris*. jako też do wrzodów kilakowych, lecz podniesione charakterystyczne właściwości dla gruźlicy prosówkowej skóry odróżniają ją od wymienionych schorzeń. Na uwagę zasługuje ten przypadek także i z tego względu, iż postać ta gruźlicy rozwinęła się u zdrowego zresztą osobnika i z dala od otworów naturalnych ciała, gdzie ją zazwyczaj spostrzegamy. Chory, jako konduktor przy pociągach towarowych, pomaga często wyładowywać rozmaite podejrzane towary (skóry), prawdopodobnie uległ on zakażeniu.

II. przypadek dotyczy 40-letniego mężczyzny z objawami kilakowymi (w 7 lat po zakażeniu). (*Gummata exulcerantia frontis, periostitis tophacea sterni*). Owrzodzenia na czole są charakterystyczne, mają naciekłe brzegi i nieckowate, w głąb drążące dno. Różnią się one od wrzodów gruźliczych. Przed 7 laty stosował Łukasiewicz u chorego tego, zostającego wówczas w klinice wiedeńskiej z ciężką (suchą) postacią kiły, 5% wstrzykiwania sublimatu.

III przypadek: *Gummata exulcerantia ad nates* u 72-letniego mężczyzny, występujące w 50 lat po zakażeniu. Chory miał 14 zdrowych dzieci. Od lat czterech wystąpiły u niego guzy na pośladkach, które wrzodziejąc i zabliźniając się, sprowadziły słoniowacinę (elephantiasis) miejsc zajętych.

IV przypadek: *Lupus vulgaris papillaris et serpiginosus* u 52 letniej kobiety na lewem przedramieniu i kolanie.

V przypadek: *Eczema acutum bullosum* u 20-letniego mężczyzny, który z ograniczonym wypryskiem grzbietu lewej ręki po stosowaniu okładów z lysolu wtarł *ungtum contra scabiem* i sprowadził sobie na grzbiecie obu rąk i nóg liczne wykwity w postaci pęcherzy przypominających *Erythema exsudlativum multiforme i Pemphigus vulgaris.*

W rozprawie nad przedstawionymi przypadkami zabierali głos koll.: Wehr, Rydygier, Uhma i prelegent, a mianowicie Kol. Wehr rozbiera wskazówki rozpoznawcze podobnych owrzodzeń, a poruszywszy objaw krwawienia, zestawia na podstawie własnych spostrzeżeń następujący szemat najwiotsze i najbardziej kruche naczynia mają owrzodzenia gruźlicze, mniej już kilakowe, potem idą owrzodzenia promienicze, a w końcu rakowate W przypadkach kol. Łukasiewicza trzebaby jeszcze zwrócić uwagę na promienicę.

Kol. prof. Rydygier przedstawia 2 obrazki (akwarelkę i fotografię), zdjęte z chorych klinicznych przez kol. Eljasza-Radzikowskiego wywołujące złudzenie jednego i tego samego cierpienia, mimo, że w jednym przypadku była gruźlica skóry pośladka, a w drugim kilakowe owrzodzenia.

Kol. Uhma interpeluje prelegenta, czy zna przyczynę, dlaczego objawy kiły na pośladku wystąpiły u przedstawionego chorego i w innych wogóle przypadkach tak póżno i czy nie upatruje powodu w drażnieniu tego miejsca?

Kol. prof. Łukasiewicz wyklucza w tym przypadku wilka zwykłego na pośladku, jużto ze względu na wiek, gdyż wilk w tym miejscu pojawia się zwykle tylko u dzieci w wieku 6—8 lat, jużto ze względu na opisaną formę. Wyklucza także i promienicę, a przyznaje, że prędzej już możnaby myśleć o trądzie, gdyby przypadek ten nie był odosobnionym i posiadał dane wywiadowcze.

Późne wystąpienie objawów kiłowych przypisuje temu, że się chory nie leczył; zgadza się na to, że w miejscach częstego drażnienia występują często objawy kiłowe, ale formy wczesnej; — co do form zaś późniejszych nie chce się zapuszczać w liczne, a niestwierdzone teorye.

4) Kol. prof. Ziembicki przedstawia chorego po operacyi *varix aneurysmaticus* na udzie prawem. Cierpienie to powstałe po postrzeleniu się wskutek nieostrożności, a w 2 tygodnie po wyjęciu kuli rozpoznane na podstawie szmeru i tętnienia żylnego: usunięte zostało przez podwiązanie 4 podwiązkami żyły i tętnicy udowej.

5) Kol. prof. Ziembicki przedstawia chorego z nogą szpotawą (pes equinovarus congenitus) ze znacznem zniekształceniem, u którego przed rokiem usunął na drugiej nodze sposobem Farabeufa z bardzo dobrym wynikiem to samo cierpienie jeszcze wyższego stopnia, jak świadczy przedstawiony odlew gipsowy.

W dyskusyi zabierali głos koll.: prof. Rydygier i doc Barącz.

Kol. Doc Barącz twierdzi, że w wyborze sposobu operacyjnego wobec stopy szpotawej wrodzonej należy indywidualizować stosowanie do przewagi zmian anatomicznych w kościach lub częściach miękkich. W przypadkach ze znaczniejszem zniekształceniem kości śródstopia należy zabiegi wykonywać na kościach; w przypadkach u dzieci należy stosować albo modelujące naprostowanie Lorenza, albo operacyę Phelpsa. Co do zabiegów kostnych osiągnął kol. B. dobry wynik przez wyłuszczenie kości skokowej (talus), która największe przedstawia zniekształcenie. Przy stosowaniu sposobu Lorenza u małych dzieci mogą przydarzyć się nieprzyjemne powikłania: jak nadłamanie kości piszczelowej i zgorzel skóry na grzbiecie stopy; nadto, — pomimo zastosowania prawidłowego tego sposobu, — mogą nastąpić nawroty choroby. Bardzo dobre wyniki osiągnął kol B. przez zastosowanie modyfikacyi metody Phelpsa przez Kirmissona (przecięcie ścięgien mięśni: *tibi l. ant. i post.*, szerokie otwarcie stawu Choparta, Achillotenotomia) i sposób ten może zdaniem jego rywalizować ze sposobem Lorenza.

6) Kol. prof Rydygier przedstawia pomniejszony model nowego stołu aseptycznego własnego pomysłu. Ze względu, że daje się złożyć, jest łatwo przenośnym, a chory leży na płótnie, które łatwo przypiąć i aseptycznem uczynić można, sądzi prelegent, że najlepiej nadawać się będzie do laparotomij i do celów wojennych.

W dyskusyi przemawiał kol. Doc. Wehr, zaznaczając że z powodu łatwej rozciągliwości płótna, do celów ogólnych stół ten służyć nie może.

7) Kol. Marischler przedstawił wynik własnych spostrzeżeń z kliniki lekarskiej w odczycie p. t. «Przemiana azotu u chorych z *ascites*».

Rzecz będzie ogłoszoną drukiem.

Dr. Hojnacki,
sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 22 grudnia 1898 r.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak. wybrani zostali członkami czynnymi Towarzystwa: Doc. dr. Seńkowski Michał i dr. Stahr Eliasz. Na delegata do powołanej przez Akademię Umiej. Komisyi, mającej wyznaczyć temat na pracę konkursową im. bł. p. dr. Jonatana Warschauera, wybrało Towarzystwo swego prezesa, prof. dr Jakubowskiego.

Wreszcie odbyły się wybory funkcyonaryuszów Towarzystwa na rok przyszły: prezesem wybrany został kol. prof. P. Pieniążek, wiceprezesem — kol. prof. K. Żuławski, sekretarzem dorocznym — dr. K. Lewkowicz; redaktorem — dotychczasowy redaktor — dr. A. Kwaśnicki; do Komisyi redakcyjnej powołani zostali: Doc. dr. L. Kryński, prof. dr. S. Ponikło, doc. dr. J. Raczyński i doc. dr. A. Rosner. Do Rady zawiadowczej i na Walne zgromadzenie Tow. lek. galic.: prof. dr. A. Gluziński i prof. dr. A. Mars

* *Otrzymaliśmy następujące pismo:*

»Gdy od dłuższego czasu pojawiają się w dziennikach anonsy jakiegoś indywiduum, mieniącego się doktorem Wańkiewiczem, przeto Izba Lekarska we Lwowie podaje do ogólnej wiadomości, że lekarza z tem nazwiskiem niema w spisach Izby, ogłoszenia te zatem pochodzić muszą od jakiegoś szarlatana, nadużywającego w celach wyzysku tytułu doktora.

Dr. Festenburg.
Prezydent Izby wschodnio-galicyjskiej.

* Na zasadzie ustawy z d. 2 lutego 1891 r. uchwalił Wydział Krajowy przedstawić Sejmowi wniosek o upoważnienie Wydziału do utworzenia w r. 1899 dalszej seryi 14 okręgów sanitarnych, a to przedewszystkiem w następujących powiatach: grybowskim, ropczyckim, rudeckim, śniatyńskim, wielickim, tarnobrzeskim, sokalskim, sanockim, kossowskim, buczackim, brzeżańskim, jarosławskim, chrzanowskim i wadowickim.

* Stopień doktora medycyny w Uniw. Jagiell. otrzymał Zygmunt Wierzbicki.

* Dr. Władysław Harajewicz złożył w naszej Redakcyi kwotę 15 złr., którą pan H. Bukowski, znany obywatel w Stokholmie, przeznaczył dla galicyjskiej instytucyi wdów i sierót po lekarzach, w miejsce wieńca na trumnę ś. p. Dra Jana Harajewicza.

* Założenie państwowego instytutu dla higieny w Poznaniu zostało ostatecznie postanowione i ma nastąpić d. 1 kwietnia 1899 r.

— »Oesterreich. Sanitätswesen« podaje w Nr: 48 i 49 r. b. statystykę chorób zakaźnych w Austryi, a między innemi statystykę przypadków błonicy. Śmiertelność z tej choroby nieco większa w r. 1897 (29·6%), niż w r. 1896 (28·9%), wogóle jednak znacznie jest mniejsza obecnie, niż przed wprowadzeniem surowicy przeciwbłoniczej. Z leczonych surowicą zmarło 15·5%, z nieleczonych 37·9%. Surowica przyjęła się jako środek leczniczy najbardziej w Istryi, gdzie leczono nią 75% wszystkich chorych, potem na Szląsku (66%) i t. d. W sąsiedniej nam Bukowinie stosowano surowicę w 41% przypadków po niej dopiero następują Vorarlberg, Morawy, Karyntya, cała Austrya (37%), Austrya niższa (jeszcze 35%), a Galicya pozostała bardzo w tyle (tylko 16%). Mniejsza o to, że ten lub ów korespondent wiedeński pism lekarskich niemieckich (np. w »Münch. med. Wochs.« Nr. 49) poprzedzi tę niepocieszającą liczbę kropkami i zaopatrzy wykrzyknikiem. Sama ta okoliczność, że surowica u nas tak mało znalazła uznania, daje dość do myślenia.

— »Klinisch-therapeutische Wochenschrift« umieszcza w »Przeglądzie prasy lekarskiej austro-węgierskiej« od niejakiego czasu sprawozdanie z »Przeglądu lek.«.

* Dzięki inwestycyom jubileuszowym obywatele austryaccy posiadać będą własny szpital w Konstantynopolu.

* Serbska skupczyna uchwaliła założyć Uniwersytet w Belgradzie. Nie wiemy, czy obejmie on i wydział lekarski, a byłoby to bardzo potrzebne, gdyż poza Pragą, Krakowem i Lwowem nie posiada słowiańszczyzna austryacka i bałkańska ani jednej szkoły lekarskiej. W pierwszym rzędzie powinienby się uzupełnić Wydziałem lekarskim Uniwersytet w Zagrzebiu.

— Liczba lekarzy kobiet wynosiła w Stanach Zjednoczonych w roku 1870 — 527; w roku 1890 wzrosła na 4555, a w roku zeszłym na 6882.

— Znalazł się następca księdza Kneippa w osobie pastora Felkego w Mörs nad Renem; nowy cudotwórca leczy wszystko wilgotną gliną! — ; podobno już do Mörs ciągną nie mniejsze pielgrzymki, jak niegdyś do Wörishofen

Mianowania i odznaczenia: Dr. Briggs mianowany został profesorem położnictwa w Liwerpoolu.

Na tablicę pamiątkową dla ś. p. prof. Alfreda Obalińskiego wpłynęły do dnia 20 b. m. następujące datki: Prof. Dr. Reiss 10 złr.; Dr. Podobiński z Wieliczki 3 złr.; Dr. A. Kwaśnicki 10 złr.; wdzięczni pacyenci: P. Stanisław Burzyński i P. Antoni Dorożyński po 10 złr. — **razem z poprzednimi złr. 98.**

Dr. M. Rutkowski,
(Kraków, klinika chirurgiczna).

Do dzisiejszego Nru dołącza się dla prenumeratorów zamieszkałych w obrębie Monarchii Austryackiej Prospekt **Postępu okulistycznego.**

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki**